

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1901-1902 — N° 83

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes du Canal Thyro-Lingual

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph GARCIN

Né à Puget-sur-Argens (Var), le 30 Juillet 1875.

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON

IMPRIMERIE Albert PERRELLON

Cours Gambetta 32

—
1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DU CANAL THYRO-LINGUAL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1901-1902 — N° 83

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes du Canal Thyro-Lingual

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph GARCIN

Né à Puget-sur-Argens (Var), le 30 Juillet 1875.

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon



LYON
IMPRIMERIE Albert PERRELLON
Cours Gambetta 32

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.
CROLAS QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS	
Cliniques médicales.	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X.
Cliniques chirurgicales	FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT. SOULIER. CROLAS.
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique.	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique.	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie.	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS. —
Propédeutique médicale.	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE. —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE —
Botanique	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, docteur es-sciences

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. VALLAS.	MM. NOVÉ-JOSSERAND.	MM. CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, Président; COLLET, Assesseur;
MM. SAMBUC et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail, faible témoi-
gnage de ma profonde reconnaissance*

A MON FRÈRE

A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOULIER

Professeur de thérapeutique
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Médecin honoraire des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR BATUT

Médecin-Major de première classe
Répétiteur à l'Ecole du Service de Santé Militaire
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MIREUR

de Fréjus.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAMBUC

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de Clinique des Maladies infantiles



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

L'idée première de ce modeste travail nous a été donnée par Monsieur le Médecin-Major Batut. S'il peut présenter quelque intérêt, nous devons lui en rapporter tout le mérite.

Cette question des kystes congénitaux du cou, vieille à peine d'une cinquantaine d'années, a déjà fait l'objet d'un grand nombre d'ouvrages et soulevé, bien souvent, des discussions pathogéniques. Le désaccord complet qui a régné sur cette question était dû à la confusion faite constamment au point de vue pathogénique entre les kystes latéraux et les kystes médians, et entre les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes.

Aujourd'hui, l'entente semble faite et l'on s'accorde, généralement, à reconnaître à ces kystes une origine différente selon leur siège et leur nature.

Nous ne nous occuperons que des kystes à contenu séro-muqueux, situés exactement sur la ligne médiane du cou et étagés depuis la base de la langue jusqu'au niveau de l'isthme du corps thyroïde.

Avec les nombreux auteurs qui ont traité de cette question, nous dirons que ces kystes séreux sont des restes de l'ébauche thyroïdienne, ou reliquats partiels du canal de Bochdalek, affirmation appuyée par l'observation et l'étude de quatorze cas que nous avons pu recueillir, grâce à l'extrême obligeance de Monsieur le Médecin-Major Batut et de Messieurs les Professeurs agrégés Gangolphe, Nové-Josserand, Bérard et Tixier, que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici publiquement.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale « tout est dit, et l'on vient trop tard... »

Nous avons voulu seulement, par un résumé court, mais complet, des travaux publiés sur ce sujet, mettre en quelque sorte la question au point.

Au cours de notre exposé, après avoir montré la fréquence, encore assez grande de ces kystes, puisque nous avons pu en retrouver plus de 70 cas publiés jusqu'à nos jours, et fait ressortir leurs caractères essentiels, nous nous sommes efforcé de bien poser les conditions et les règles du seul traitement qui leur soit applicable : l'extirpation totale.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les kystes congénitaux du cou ne sont guère connus que depuis un demi-siècle environ. Les premières observations ne comportent qu'une étude clinique.

Boyer, en 1831 (dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, t. VII) parle des kystes thyro-hyoïdiens et les juge inextirpables « parce que, dit-il, leur ouverture spontanée ou chirurgicale donne lieu à des fistules interminables. »

Dupuytren, en 1831, dans une leçon clinique publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (26 juillet) démontra, au contraire que l'extirpation de ces kystes est possible.

César Hawkins en 1839, Wernher en 1843, Gilles en 1853 appellent l'attention sur ces tumeurs du cou dont les premières observations font le sujet de deux thèses (thèse de Verlet 1854 et de Boucher 1868), et l'objet d'un compte-rendu de la Société de Chirurgie (Lorain 1854).

Au fur et à mesure que l'attention est attirée du côté de ces tumeurs, les observations se multiplient,

Cas du *Bordeaux médical* de 1872.

— de Panas, Houel, Faucon (*Bull. Soc. Chir.* 1874).

— de Tillaux, Tapret 1875.

— de Demons, 1885.

Toutes ces observations inspirent de nombreuses thèses.

Affre	thèse Paris	1875
Cusset	—	1877
Ulléac	—	1878
Fauvel	—	1886
Guzmann	—	1886

A partir de ce moment, on commence à étudier la structure et la pathogénie de ces kystes.

Lannelongue et Achard, en 1886, font paraître leur *Traité des kystes congénitaux* dans lequel la théorie de l'enclavement est admise sans réserve.

Cependant d'autres idées règnent déjà puisqu'en 1866, Bochdalek le premier, avait le mérite de dire que ces formations pouvaient bien résulter d'une ectasie du canal qui porte son nom ; opinion appuyée par l'observation d'un kyste dont la paroi était formée par un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Neumann, en 1877, reprit pour son propre compte les idées de Bochdalek tombées dans l'oubli, en les appuyant comme son prédécesseur, sur des observations.

En 1885, Verchère et Dénucé, dans un mémoire présenté à la Soc. Anat. de Paris, introduisaient en France cette théorie pathogénique et s'en faisaient les défenseurs. Peu à peu la théorie se généralise et Bland Sutton, Strackeisen n'hésitent pas à appliquer cette théorie à tous les kystes médians de la langue et du cou.

Lannelongue et Achard en 1890, Lannelongue et Ménard en 1891, publient des travaux importants sur cette question.

Broca en 1891, dans le *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, consacre un article aux fistules et kystes congénitaux du cou.

En 1893, paraît à Genève la thèse du docteur Buscarlet (*contribution à l'étude des fistules branchiales*).

En même temps à Lyon, M. Faure dans sa thèse inaugurale sur les *kystes congénitaux du plancher buccal*, rattache à une origine branchiale la grenouillette commune.

L'année suivante, en 1894, sous l'inspiration de Broca, Mlle Sulicka (thèse de Paris) apporte de nouveaux documents.

La même année, M. le professeur Dénucé, dans une *communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, attribuait une origine thyro-linguale à tous les kystes congénitaux revêtus intérieurement d'un épithélium cylindrique cilié qu'ils fussent linguaux, sus ou sous-hyoïdiens.

En 1895, dans deux thèses importantes, Martin à Paris (*kyste du canal thyro-lingual*), Chemin à Bordeaux (*contribution à l'étude des restes de l'ébauche thyroïdienne*), viennent confirmer par leurs recherches la théorie pathogénique de Bochdalek.

Enfin en 1898 M. Roques (thèse de Montpellier, *kystes congénitaux médians de l'espace thyro-hyoïdien*) et plus récemment M. Petit (thèse de Paris 1901 sur les *kystes thyro-hyoïdiens*) par l'apport de quelques observations inédites, donnent encore un nouvel appui à cette théorie

généralement admise aujourd'hui, et à laquelle nous nous rangeons entièrement par l'étude des cas qu'il nous a été permis d'observer.

OBSERVATION I (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Bérard,
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon.

Mademoiselle Th. Vern, est examinée par M. Bérard, le 25 octobre 1901, pour une tumeur de la région thyro-hyôidienne qui actuellement présente le volume d'une grosse châtaigne, à contours un peu bosselés. Cette tumeur a été constatée par les parents alors que l'enfant avait à peine un an. Depuis elle a grossi très lentement. Diverses applications heureusement anodines avaient été faites sans succès. De même l'administration d'iodure à l'intérieur n'avait donné aucun résultat.

A l'inspection, la tumeur fait une saillie assez disgracieuse au-dessus du cartilage thyroïde. Légèrement déviée à droite, sans adhérence à la peau, elle est très nettement fixée entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, non réductible à la pression, sans expansion dans la toux et les efforts.

Pas de gêne fonctionnelle. Voix normale. La croissance de l'enfant s'est opérée régulièrement. Pas d'autre malformation.

M. Bérard porte le diagnostic de kyste congénital développé probablement aux dépens des débris du canal thyro-glosse.

Incision transversale médiane immédiatement au-dessous de l'os hyoïde. La dissection de la tumeur est facile bien qu'elle ait des adhérences assez étendues au niveau du bord inférieur et de la face profonde de l'os hyoïde. Pas d'hémorrhagie notable.

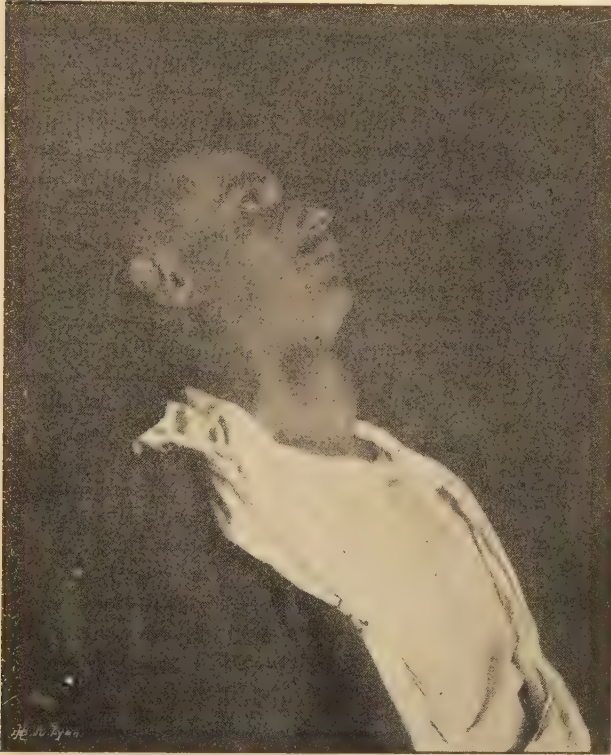
La paroi est mince, le contenu muqueux, transparent.

La paroi examinée par M. Paviot est constituée par un épithélium uni-stratifié un peu haut, sans trace reconnaissable, au moins sur la coupe examinée, d'acini thyroïdiens normaux.

Réunion par première intention. — Guérison.

OBSERVATION II (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Bérard,
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon.



Tumeur kystique de la région thyroïdienne,
kyste congénital, mucoïde.

Le malade, Jean Quer..., 22 ans, mineur, Sain-Bel (Rhône), entre le 18 septembre 1901, salle St-Sacerdos, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur de la région cervicale qui détermine peu de gêne fonctionnelle, mais qui l'inquiète à cause de son accroissement lent, mais progressif, de volume.

GARCIN

2.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels. Père et mère vivants et bien portants. Trois frères et sœurs vivants et bien portants. Quatre frères et sœurs morts d'affection inconnue.

Aucun goitreux dans la famille.

Le malade porte depuis sa première enfance, depuis l'âge de 2 ans environ, une tumeur de la région sous-hyoïdienne. Cette tumeur qui n'a jamais déterminé aucune douleur, aucun trouble, aucune dyspnée, aucun phénomène de compression, a subi un accroissement de volume lent et régulier, sans poussée rapide. Elle oblige seulement le malade à porter des cols bas.

Actuellement elle affecte environ le volume d'une orange, ou plutôt d'un ovoïde étalé au-devant de la région sous-hyoïdienne, empiétant surtout du côté droit et refoulant en dehors le sterno-mastoïdien.

A la palpation, on constate qu'elle est nettement kystique et uniloculaire, mais pourtant un peu translucide.

Pas d'adhérence aux téguments ni aux parties molles sous-cutanées. On peut lui imprimer quelques mouvements de latéralité. Par contre, dans la profondeur, elle est fixée à la face antérieure du cartilage thyroïde et aux premiers anneaux de la trachée dont elle suit les déplacements dans les mouvements de déglutition.

Voix normale. Pas d'hypertrophie des lobes latéraux du corps thyroïde. Pas de signe de compression des récurrents ou du sympathique. Etat général excellent. Intelligence assez éveillée. Pas de signe d'autre tumeur ou d'autre malformation congénitale.

A cause du développement dans la première enfance, à cause de la lenteur remarquable de l'accroissement, à cause enfin des connexions relativement limitées avec l'appareil trachéo-laryngé, M. Bérard porte le diagnostic probable de kyste congénital de la région sous-hyoïdienne médiane.

L'intervention confirme cette hypothèse ; il s'agit bien d'un kyste indépendant du corps thyroïde, mais fixé au cartilage thyroïde et à l'isthme thyroïdien, normal au-dessous.

La tumeur est facilement disséquée. Son ouverture montre que le contenu est formé par un liquide muqueux épais contenant des grumeaux blanchâtres analogues à du blanc d'œuf à peine coagulé.

L'examen histologique pratiqué par M. Paviot au laboratoire d'Anatomie pathologique a montré qu'il s'agissait d'un kyste à revêtement uni-stratifié cylindrique.

Suites opératoires simples. Guérison par première intention. (Incision des téguments suivant une courbe à concavité supérieure tracée au niveau du point le plus proéminent.)

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Nové-Josserand.

Jeune fille, de 12 ans, qui avait vu apparaître depuis environ 2 ans, une petite tumeur dans la région sous-hyôidienne. Cette tumeur s'était enflammée et depuis deux ou trois mois était fistulisée, laissant sourdre un peu de liquide muqueux.

A l'examen on trouvait au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde une petite tumeur, du volume d'une noisette, peu saillante, au niveau de laquelle la peau était amincie, rouge et percée d'une fistulette qui laissait sourdre quelques gouttes de liquide muqueux.

La palpation dans tout le voisinage était négative et le diagnostic de kyste mucoïde s'imposa.

La première intervention eut lieu le 31 janvier 1901. Le stylet introduit dans la fistule remontait franchement en haut vers l'os hyoïde.

L'opération consista à exciser la cicatrice et à suivre le prolongement supérieur dans une étendue qui parut alors suffisante.

Les suites de l'intervention furent très simples. Il y eut une réunion sur première intention. Mais environ 15 jours après l'intervention, on vit la peau rougir, se soulever et une petite fistule s'établir sur la partie moyenne de la cicatrice, à peu près à l'endroit où siégeait la première fistule. On crut d'abord à un accident de fil ; on fit même une petite incision pour aller à sa recherche, mais on fut bien vite détrompé car l'incision pénétra dans un tissu d'appa-

rence myxoïde qui ne pouvait être dû qu'à une récédive du kyste. Pendant plusieurs mois, la fillette eut de temps en temps des poussées inflammatoires qui s'accompagnaient de douleur, de rougeur, au niveau de sa fistulette et qui se terminaient par l'expulsion d'une quantilé plus ou moins grande de liquide muqueux.

Le 10 septembre on fit une deuxième intervention. Elle consista comme la première à exciser la cicatrice toute entière et cette fois on poursuivit le prolongement supérieur avec beaucoup de soin jusqu'au niveau de l'os hyoïde dont la face postérieure fut soigneusement rasée.

Les suites furent également simples, mais bientôt la récédive se manifesta de nouveau, d'abord par la formation d'une fistule au niveau de la partie inférieure de la cicatrice, puis au bout de quelques jours par l'apparition d'une petite tumeur arrondie, profonde, siégeant au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Une troisième intervention fut décidée. Elle eut lieu le 27 novembre.

Après avoir encore une fois excisé toute la cicatrice, on fit sur la partie supérieure de l'incision longitudinale une incision transversale, longue de 6 à 7 centimètres, pour bien découvrir la région sus-hyoïdienne. Après avoir placé un stylet dans le conduit, on s'appliqua à disséquer celui-ci largement sans l'ouvrir, et on remonta ainsi jusqu'au voisinage de l'os hyoïde.

Arrivé à ce niveau on vit que le trajet se perdait dans une masse de tissu fibroïde entourant le corps de l'os hyoïde dans toute sa largeur et lui adhérent intimément dans toute son étendue, si bien qu'on ne trouva d'autre moyen de l'exciser, que de faire la résection large de tout le corps de l'os hyoïde.

Cette fois la réunion eut lieu sans incident et à l'heure actuelle, c'est-à-dire un mois après l'intervention, on ne trouve aucun signe pouvant faire soupçonner le développement d'une récédive.

Cette résection de toute la portion moyenne de l'os hyoïde n'a déterminé aucune déformation appréciable du cou, ni aucun trouble fonctionnel, à peine une légère gêne de la déglutition pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 1^{re} classe Batut.)



Fistule thyro-hyoïdienne médiane.

M...., du 3^e zouaves. — Fistule thyro-hyoïdienne médiane datant de l'enfance, donnant lieu à certains moments à l'écoulement d'un liquide séro-muqueux plus ou moins abondant, avec fermeture temporaire de la fistule et réapparition consécutive de la sécrétion.

Les mouvements de la déglutition donnent à la peau située autour de la fistule, la forme d'un arc très tendu à concavité inférieure, arc moins marqué après le retour de l'os hyoïde à sa position primitive.

Un stylet très fin, de Bowmann, pénètre d'avant en arrière à une profondeur d'environ 5 millimètres.

La sécrétion empêche le linge.

Aucun antécédent de thyroïdite, de laryngite ou de fièvre typhoïde.
Pas d'adénite ganglionnaire.

Le malade refuse toute intervention.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 1^{re} classe Batut.)



Fistule médiane sous-hyoïdienne.

Léon. D..., du 52^e de ligne. — Fistule médiane, située à un centimètre à peine au-dessous de l'os hyoïde, dont le trajet fistuleux au lieu d'avoir une direction verticale, se dirige un peu vers la gauche à une profondeur d'un centimètre environ.

La pression, mais surtout les mouvements de la déglutition, en font sortir une légère gouttelette d'un liquide transparent, très légèrement opalin, de consistance gélatineuse.

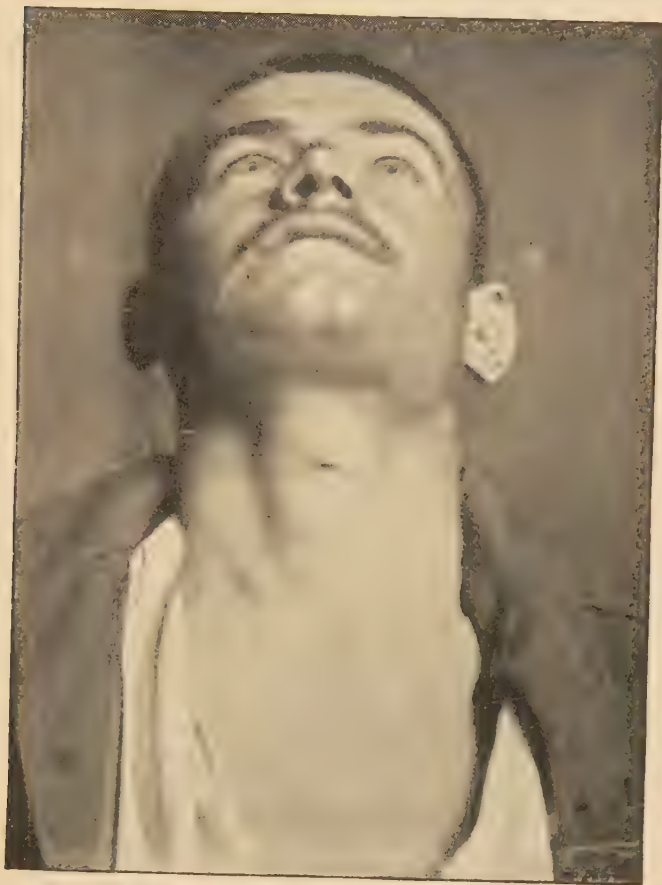
La palpation ne révèle la trace d'aucun cordon fibreux pouvant relier l'orifice de la fistule à l'os hyoïde.

L'origine de cette fistule remonterait à la première enfance. Aucune autre malformation congénitale, pas de goitre, rien aux oreilles, pas de fistule latérale au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Il est le seul atteint de cette infirmité dans sa famille.

Le malade n'accepte pas d'autre intervention qu'un coup de thermocautère donné à deux reprises. La sécrétion s'est trouvée tout d'abord singulièrement augmentée et nous craignons même d'avoir déterminé une fistule laryngo-cutanée-latéro-épiglottique. L'examen laryngoscopique nous fait un instant soupçonner cette complication. Mais tout rentre bientôt dans l'ordre habituel. La sécrétion devient séreuse, intermittente, et la croûte extérieure étant tombée, nous nous retrouvons en présence du même trajet fistuleux

OBSERVATION VI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 1^{re} classe Batut.)



Fistule thyro-hyôïdienne médiane.

Louis G..., de constitution robuste, n'ayant jamais fait de maladie antérieure capable d'expliquer l'affection dont il est atteint.

On trouve, en effet, entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, et en avant de la membrane thyro-hyôïdienne, exactement sur la ligne

médiane, un petit orifice à bords épais et calleux. L'ouverture n'admet qu'un petit stylet.

Par la palpation, on s'assure que cet orifice se continue avec un tissu induré résistant se perdant dans la profondeur de la région. Un stylet introduit dans l'orifice pénètre à une profondeur d'un centimètre à peine et se trouve arrêté quelle que soit la direction qu'on lui donne.

On a la sensation d'être dans un cul-de-sac. Il s'agit donc d'une fistule borgne.

On n'a fait aucune cautérisation, aucune injection de liquide irritant.

Il n'y a d'ailleurs ni douleur ni gêne.

Le seul inconvénient est la difformité et le petit suintement qui se fait incessamment par l'orifice fistuleux. Le malade supporte très bien cette infirmité et se refuse à toute intervention.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 1^{re} classe Batut.)

Fistule médiane sous-hyoïdienne. — X..., se présente à nous avec une fistule située au-dessous de l'os hyoïde, exactement sur la ligne médiane. Cette fistule aboutit à une formation kystique de la grosseur d'une cerise, immédiatement sous-hyoïdienne. Ce kyste possède ce caractère particulier de ne se vider que par intermittence, s'affaissant alors complètement durant quelques jours en entraînant l'oblitération de la lumière du canal fistuleux, après l'expulsion d'un liquide séreux abondant, collant au linge.

Actuellement le kyste est bien marqué, rénitent, à contours arrondis et nets. L'exploration au stylet permet de parcourir une cavité d'une étendue de un centimètre et demi. Mais l'issue consécutive du contenu séreux du kyste le fait s'affaïsser.

Il est possible d'imprimer à ce kyste quelques mouvements de latéralité, mais on ne peut l'élever ou l'abaisser. Par contre, il suit

tous les mouvements d'ascension ou de descente du larynx au moment de la déglutition. Celle-ci est d'ailleurs douloureuse à la suite de cette manœuvre exploratrice. Les jours suivants la tumeur, affaissée, a presque disparu ; mais la fistule persiste avec un léger suintement.

Oblitération durant huit jours. Au bout de ce temps, la tumeur se reforme comme par le passé et le kyste se distend de jour en jour.

Cette affection, au dire du malade, remonte à l'enfance. Comme elle ne le gêne ni ne le fait souffrir, il n'accepte pas d'en être débarrassé et quitte l'hôpital quelque temps après.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien des Hôpitaux.)

Homme de 35 ans, Côte-Saint-André, envoyé par le D^r Girard, entre dans le service de M. Gangolphe, en juin 1898.

Tumeur arrondie de la région sus-hyoïdienne située exactement sur la ligne médiane, indolente, bien qu'ayant présenté récemment un peu de tuméfaction et de douleur. Elle est adhérente aux parties profondes.

Le malade s'est aperçu de son existence il y a deux ans environ.

Pas d'adénopathie. Etat général excellent.

Diagnostic : Kyste congénital. Extirpation à la suite de laquelle, quatre ou cinq mois plus tard, survient une récurrence. Le contenu du kyste était de nature mucoïde.

Deuxième intervention. Dissection du boyau muqueux, extirpation totale, guérison définitive.

A la suite de cette deuxième intervention, le malade a eu des sueurs bleues.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Gangolphe.)

Homme de 40 ans, d'Annonay, vient consulter M. Gangolphe au sujet d'une tumeur située presque sur la ligne médiane au niveau de la région sus-hyoïdienne, tumeur du volume d'une grosse noisette ramollie, ouverte et donnant issue à un suintement séreux. Aucun ganglion dans le voisinage. Des cautérisations répétées au nitrate d'argent ne donnent aucun résultat. On se décide à intervenir et le malade entre dans le service de M. Gangolphe. Incision sur le milieu de la tumeur. Dissection laborieuse du kyste qui se prolonge jusqu'au niveau de la langue. Extirpation totale.

La paroi du kyste était très épaisse. L'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATION X (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le D^r Queyrot.)

T..., Victor, étudiant, 20 ans, présente sur la ligne médiane du cou, un peu au-dessous du cartilage thyroïde, une petite fistule qui sécrète d'une façon intermittente un liquide séro-purulent. L'orifice très étroit permet à peine l'entrée d'un stylet.

Tout autour de cet orifice, la peau est légèrement rouge, formant comme une sorte de bourrelet derrière lequel se cache la fistulette.

A la palpation, elle semble se continuer dans la profondeur par un petit cordon induré.

Elle suit tous les mouvements d'ascension et de descente du larynx pendant la déglutition.

Aucun antécédent héréditaire. Pas de malformation congénitale chez aucun membre de la famille.

Deux frères et sœurs vivants et bien portants.

Pas de maladie grave dans l'enfance. Cette fistule a commencé par une petite tumeur indolente qui atteignait à peine le volume d'un noyau de cerise. Petit à petit, cette tumeur a grossi, a pris le volume d'une cerise, puis, s'étant enflammée, elle a percé, donnant issue à un liquide séro-purulent. La fistule était créée. Depuis lors elle ne s'est jamais tarie, laissant toujours sourdre un petit suintement muqueux.

Le diagnostic de kyste congénital avec fistule consécutive fut posé.

Le malade qui a refusé l'intervention opératoire continue à se soigner par des injections de teinture d'iode à l'aide d'une seringue de Pravaz. Améliorations passagères toujours suivies de récidives.

OBSERVATION XI (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur Pollosson.

Communiquée par M. le Professeur agrégé Tixier.

Jeune fille de 16 ans, salle Gensoul, janvier 1899. La malade entre à l'hôpital pour une fistulette du cou qui a déterminé dernièrement un petit abcès sus-sternal ouvert spontanément. Il existe actuellement une petite cavité suppurante au-dessus de la fourchette sternale par laquelle s'écoule du liquide muco-purulent. Un stylet introduit par cet orifice pénètre verticalement dans la direction de l'os hyoïde. L'introduction de ce stylet détermine des mouvements de déglutition pénibles pour la malade et une sensation d'asphyxie.

Diagnostic clinique; fistule congénitale médiane avec poussée inflammatoire ayant déterminé un abcès.

Pas d'autre malformation. Aucun antécédent personnel ou héréditaire à signaler.

Intervention, par MM. Pollosson et Tixier. Anesthésie à l'éther. Incision elliptique circonscrivant l'orifice de l'abcès enlevant ainsi

tout le tissu cicatriciel sus-sternal. Puis un stylet étant introduit verticalement dans le trajet on prolonge l'incision de bas en haut jusqu'au-dessus de l'os hyoïde. Dissection minutieuse du trajet en se guidant sur le stylet jusqu'à la face postéro-inférieure de l'os hyoïde. A ce niveau le trajet s'arrête brusquement. Il n'existe aucun prolongement supérieur.

Dans le cours de l'opération, à plusieurs reprises, la traction faite sur le canal disséqué déterminait des crises d'asphyxie ce qui rendit l'anesthésie un peu périlleuse.

Suture, drainage au point déclive. Réunion per primam, des deux tiers supérieurs de la suture, légère suppuration à la partie inférieure de la plaie. La malade revint plusieurs fois à l'hôpital et on put constater sa guérison définitive.

La dissection de la pièce montra l'existence à la partie interne du canal ainsi disséqué d'une muqueuse dont les caractères ordinaires étaient modifiés à la partie inférieure par la suppuration signalée.

OBSERVATION XII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Professeur M. Pollosson.

Communiquée par M. le Professeur agrégé Tixier.

Jeune homme très vigoureux de 23 ans est envoyé dans le service de M. Pollosson au mois de février 1900, avec le diagnostic d'ostéite tuberculeuse du sternum ayant déterminé une fistule sur la ligne médiane du cou, qui s'ouvre à un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. Mais par un interrogatoire serré on arrive facilement à élucider la véritable nature de cette affection. Ce jeune homme raconte en effet qu'il portait depuis son enfance une fistulette sur la ligne médiane du cou au-dessous de l'os hyoïde. Aucune douleur, simple écoulement de sérosité.

Dans ces dernières années, et à plusieurs reprises, la fistulette s'oblitéra et il se forma des abcès aigus chauds, qui vinrent s'ouvrir de plus en plus bas jusqu'au niveau du bord supérieur du

sternum. Il existe là une large zone de tissu cicatriciel, ulcérée en son milieu, par où s'écoule du pus.

Par la palpation de la région sous-hyoïdienne, on sent nettement un cordon dur et résistant qui remonte sur la ligne médiane.

Diagnostic clinique : fistule congénitale médiane ayant déterminé une série d'abcès au niveau de l'orifice externe.

Intervention : Anesthésie à l'héter. Incision large du point qui suppure. Dans la profondeur on découvre aisément un petit orifice par lequel un stylet introduit s'enfonce verticalement de bas en haut; on prolonge l'incision des tissus jusque dans la région sus-hyoïdienne. Il est alors facile, en se servant du stylet comme conducteur, de disséquer le trajet de la fistule qui va se perdre sur le bord inférieur de l'os hyoïde. Ablation de tout le canal. Il n'existe aucun prolongement supérieur.

Suture au fil métallique. Drainage au point déclive. Cicatrisation rapide.

Le malade revu, en 1901, était définitivement guéri.

La dissection de la pièce a fait reconnaître l'existence d'une muqueuse à la partie interne du canal disséqué.

OBSERVATIONS XIII et XIV (inédites)

M. Pollosson a eu l'occasion d'opérer deux malades porteurs de fistules congénitales médianes du cou pour lesquelles il pratiqua une excision complète du trajet. Il put reconnaître dans le cours de l'intervention que la fistule s'arrêtait sur la ligne médiane au niveau de l'os hyoïde. Guérison sans récive.

CHAPITRE II

Étiologie

FRÉQUENCE. — La fréquence des kystes séreux congénitaux du cou est encore assez grande puisque les recherches minutieuses que nous avons faites nous ont permis d'en retrouver plus de 70 observations publiées. Combien d'entre elles sont-elles demeurées inconnues soit que l'attention des médecins n'ait pas été attirée sur cette affection, soit que les sujets qui en étaient porteurs fussent peu soucieux de se débarrasser d'une tumeur le plus souvent peu volumineuse et par conséquent incapable d'occasionner la moindre gêne.

ÂGE. — C'est, entre quinze et vingt ans que l'on observe le plus communément ces tumeurs. Cependant il n'est pas rare d'en constater au moment même de la naissance (cas de Verchère et Dénucé, de Lannelongue, de Broca, etc.). On en a vu aussi chez des vieillards (cas de Neumann, 54 ans, de Cruveilhier, 62 ans, de Meunier, 52 ans).

Est-ce à dire que la tumeur est acquise ? Il est certain que dans quelques cas la notion de congénitalité est difficile à retrouver, le malade étant dans un âge avancé, et affirmant que sa tumeur est toute récente. Mais souvent le malade ne peut dire si sa tumeur existait déjà, car il n'est pas toujours le premier à constater sa présence. Certaines de ces tumeurs sont de véritables découvertes d'autopsie (8 cas de Strekeisen, 3 cas de Chemin, 1 cas de Faure, 1 cas de Launay).

Il est fort probable que ces kystes existent déjà à la naissance et se développant ensuite, n'attirent l'attention que plus tard, au moment de la puberté.

Cette époque de la vie aurait-elle un rôle dans leur développement ? La chose est possible. Mais il est bien plus simple d'admettre qu'à ce moment, la coquetterie s'œuvrant, les sujets porteurs de cette difformité, pensent à s'en faire débarrasser. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les observations de kystes congénitaux constatés au moment de la naissance soient rares. Du reste, ainsi que le fait observer très justement M. le professeur Lannelongue : « L'expression de congénital appliquée au mot de kyste n'implique pas qu'il existe au moment même de la naissance ; elle indique seulement que son existence se rattache à un trouble de développement, lequel peut ne se révéler qu'à un âge avancé. »

L'origine congénitale de ces tumeurs, si elle n'est pas toujours évidente, est cependant certaine, puisque la persistance du canal thyro-lyngual, ainsi que le démontrent suffisamment les travaux accomplis sur cette ques-

tion, est la cause nécessaire et indispensable de leur développement.

SEXE. — Le sexe ne paraît jouer aucun rôle. Cependant, si l'on doit s'en rapporter aux observations publiées, on trouverait une proportion de garçons plus forte (60/100).

HÉRÉDITÉ. — Quant à l'influence de l'hérédité, elle n'a pas encore été suffisamment établie pour être admise. On ne connaît que les deux cas de Fauvel de kystes thyro-hyoïdiens observés sur deux frères. Mais, ce que l'on peut constater quelquefois, chez un sujet porteur d'un kyste — c'est la coexistence d'autres malformations congénitales — ou la présence de certains stigmates de dégénérescence.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

FORME. — Les kystes du canal thyro-lingual se présentent en général sous l'aspect d'une tumeur arrondie, absolument lisse extérieurement, possédant parfois des diverticules visibles à un examen macroscopique et surtout un pédicule fibreux qui les rattache tantôt à l'os hyoïde, tantôt à la base de la langue.

VOLUME. — Très variable. Streckeisen, dans ses recherches sur le cadavre, en a rencontré depuis la grosseur d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'une cerise. Dans la plupart des cas, leur volume est comparable à celui d'une noisette. Mais il peut être beaucoup plus considérable, atteindre le volume d'une mandarine et même d'une orange.

SIÈGE. — On peut diviser les kystes congénitaux du cou en trois catégories d'après leur situation :

- 1° Kystes linguaux.
- 2° Kystes sus-hyoïdiens,
- 3° Kystes sous-hyoïdiens.

1° *Kystes linguaux*. — Ils font généralement saillie sur le dos de la langue au voisinage même du foramen cœcum. Mais ils peuvent produire un gonflement diffus de la base de la langue venant, à la suite de leur développement, faire saillie sur le plancher buccal.

2° *Kystes sus-hyoïdiens*. — Ils ont été divisés par Streckeisen en quatre groupes distincts :

a). Pré-hyoïdiens. — Les plus superficiels, sous-cutanés par conséquent, et situés en avant du mylo-hyoïdien.

b) Supra-hyoïdiens. — Entre les génio-hyoïdiens ou dans leur épaisseur.

c) Epi-hyoïdiens. — Entre les génio-glosses, au-dessous des précédents.

d) Intra-hyoïdiens. — Dans la concavité de l'os hyoïde.

Division, du reste, tout à fait superficielle, car tous à l'origine sont profondément situés, (Lannelongue et Ménard).

3° *Kystes sous-hyoïdiens*. — Ils sont, le plus souvent, situés dans l'espace thyro-hyoïdien, au-dessous de l'aponévrose cervicale superficielle qui engaine les muscles sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens, dans l'espace compris entre cette couche musculo-aponévrotique et la membrane thyro-hyoïdienne,

A mesure qu'ils se développent, ils s'insinuent entre les deux sterno-hyoïdiens et viennent faire saillie sous

la peau, le plan résistant du larynx ne leur permettant pas de s'étendre en arrière. Ils ne sont plus alors recouverts que par le tissu cellulaire et l'aponévrose cervicale superficielle distendue et amincie, si bien que quelquefois le kyste, n'étant plus relié aux parties profondes que par un mince pédicule, paraît être simplement sous-cutané.

Quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent ces kystes ont un caractère constant et de la plus haute importance. Ils occupent toujours la ligne médiane. C'est tout à fait par exception qu'ils sont légèrement déviés à droite ou à gauche, et seulement à l'occasion de leur développement.

Dans tous les cas ils sont reliés par un prolongement soit à l'os hyoïde, soit à la base de la langue, soit encore à la pyramide de Lalouette. Ce pédicule, parfois creux, a le plus souvent l'apparence d'un ligament.

En dehors de ces connexions, ces kystes peuvent encore contracter des adhérences avec les tissus voisins, adhérences consécutives à leur inflammation ou leur suppuration.

STRUCTURE, — Nous étudierons :

1° Leur paroi.

2° Leur contenu.

1. *Paroi.* — Elle est généralement résistante, d'une épaisseur variable, allant d'un millimètre à peine jusqu'à un centimètre. Généralement lisse à son intérieur et d'un aspect nacré, elle peut présenter des inégalités, des anfractuosités, des cloisons.

Sur des coupes on trouve que cette paroi est consti-

tuée par des éléments inconstants (fibres musculaires, tissu thyroïdien) et des éléments constants qui sont en allant de dehors en dedans : des lamelles concentriques de tissu connectif ou élastique, et un épithélium.

Cet *épithélium* qui tapisse la face interne de la paroi est la caractéristique de ces tumeurs. C'est un épithélium stratifié formé de cellules allongées, cylindriques, présentant une petite extrémité tournée du côté de la paroi, et une grosse extrémité en forme de plateau regardant la cavité du kyste. A la surface libre de ces cellules, on distingue généralement des cils vibratiles, caractère des plus importants, mais malheureusement inconstant, soit que le kyste ait suppuré, soit que la préparation ait été mauvaise.

Dans tous les cas le caractère muqueux de ce revêtement épithélial est hors de doute et ne saurait être contesté.

2. *Contenu*. — Il est le plus souvent visqueux, filant, comparable à du blanc d'œuf non cuit, rappelant encore le mucus nasal ou utérin. Il peut être citrin, de consistance huileuse, et tacher le papier. Suivant qu'il est mélangé à une plus ou moindre grande quantité de sang, il peut être brun ou couleur chocolat (Morton).

Dans ce liquide flottent des cristaux de cholestérine, des leucocytes, quelques hématies, des cellules cylindriques avec ou sans cils vibratiles. Quand le kyste a suppuré, on y rencontre encore les microbes ordinaires de la suppuration. L'augmentation parfois rapide de ces kystes après une longue période de torpeur a fait soulever l'hypothèse, appuyée sur quelques faits, que ce changement brusque dans la marche d'une affection, jusque là

silencieuse, pouvait tenir à l'arrivée de micro-organismes dans la cavité du kyste (Verneuil et Clado).

Cependant les recherches faites à ce sujet, en particulier par Lannelongue, n'ont donné que des résultats négatifs. Nous sommes donc obligés de conclure que jusqu'à plus ample informé, ces kystes ne contiennent pas de microbes.

CHAPITRE III

Pathogénie

La pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou est de date récente. Elle a été mise en lumière par les travaux de Bochdalek, Neumann, Verchère et Dénucé, et un grand nombre de thèses dont les plus récentes et les plus importantes sont celles de M^{lle} Sulicka (Paris, 1894), de MM. Martin (P. 1896) et Chemin (B. 1896).

Nous en résumons brièvement ici les conclusions, conclusions généralement admises aujourd'hui, et auxquelles nous nous sommes entièrement rattaché par l'étude des 14 cas qu'il nous a été permis d'observer.

Les kystes congénitaux du cou, médians et mucoïdes, sont dus à une ectasie du diverticule muqueux décrit par Bochdalek, ou canal thyro-lingual.

CANAL DE BOCHDALEK

DÉVELOPPEMENT. — *Le canal de Bochdalek* ou thyro-lingual est un canal qui, durant la première phase de la vie embryonnaire, s'étend de la base de la langue à la partie médiane de la glande thyroïde. C'est à His, le premier, que revient l'honneur d'avoir donné une description complète de ce canal, déjà vu par Bochdalek en 1866 dans l'épaisseur de la base de la langue.

En étudiant le développement du corps thyroïde et de la langue, His ne tarda pas à s'apercevoir que ces deux organes présentaient des rapports étroits dans leur évolution. Dans une série de travaux qui datent à peine d'une trentaine d'années et qui font autorité à l'heure actuelle, ce savant embryologiste a montré que la langue provient de deux rudiments :

L'un *antérieur et principal* destiné à former le corps de la langue, est le *tuberculum impar*, existant sur le sommet du triangle méso-branchial, formé par l'inégal développement des arcs branchiaux vers la quatrième semaine de la vie embryonnaire.

L'autre *postérieur et accessoire*, la *furcula de His*, ne devant former que la région de la base de la langue, dépend du *tubercule laryngé* situé au point d'union des deuxième et troisième arcs branchiaux.

Les deux bourgeons qui doivent former la langue continuent à se développer, s'avancant l'un vers l'autre : Le *postéro-inférieur* ou *tubercule laryngé* prend la forme d'un V ouvert en avant et tend à emboîter l'extrémité correspondante du *bourgeon antérieur* ou *lingual*. Sur sa ligne de jonction, les traces du V persistent ; le V lingual des papilles caliciformes est un vestige de cette disposition embryonnaire. Au sommet du V se trouve le *foramen cæcum* considéré comme une papille plus développée que les autres, ou comme une dépression due au défaut d'emboîtement des bourgeons primitifs, tantôt encore comme le vestige du petit cul-de-sac médian situé entre le *tuberculum impar* et la pièce commune aux deuxième et troisième arcs.

Avant que ces deux bourgeons constitutifs de la lan-

gue ne se soudent, un organe particulier prend naissance dans leur intervalle et sur la ligne médiane : c'est le *canal de Bochdalek* ou canal *thyro-lingual*. Représenté d'abord par un cul-de-sac pourvu d'épithélium, ce conduit s'allonge peu à peu devenant ainsi un véritable boyau creux dont l'extrémité inférieure donne naissance à un organe glanduleux, la portion moyenne du corps thyroïde ou *pyramide de Lalouette*. Les lobes latéraux de cet organe prendront naissance par une invagination épithéliale, de chaque côté du tubercule laryngé primitif, entre ce tubercule et le quatrième arc branchial, pour se réunir dans la suite à la thyroïde médiane.

Le *conduit thyro-lingual* (ductus excretorius linguæ de Bochdalek) s'étend du foramen cœcum, derrière la grande papille caliciforme médiane, à la pyramide de Lalouette ou sur la partie moyenne du corps thyroïde en passant au-devant du larynx.

OBLITÉRATION. — D'après His, ce canal est absolument transitoire et ne persiste que jusqu'à la cinquième semaine environ de la vie intra-utérine. Pendant toute cette période, il est perméable dans toute son étendue et est tapissé intérieurement d'un *épithélium cylindrique cilié*. A partir de la cinquième semaine, ce conduit s'atrophie peu à peu et il ne reste plus de lui qu'un tractus fibreux qui se détache du lobe médian de la glande thyroïde pour aboutir à la partie postérieure du V lingual, en passant sous le mylo-hyoïdien et entre les deux génio-glosses. Dans la plupart des cas, ce cordon fibreux disparaît lui-même et il ne reste plus chez l'adulte, comme vestige du canal thyro-glosse, que le foramen cœcum en haut et la pyramide de Lalouette en bas.

PERSISTANCE ANORMALE. — Mais ce canal transitoire, au lieu de disparaître complètement, peut persister dans une partie plus ou moins grande de sa longueur. His et Streckeisen, d'après l'examen minutieux de 130 cadavres, ont vu plusieurs fois, chez le fœtus comme chez l'adulte, un conduit perméable allant du foramen cœcum à la thyroïde médiane et dans lequel on pouvait faire pénétrer un stylet très fin. Beaucoup plus fréquents sont les cas de persistance partielle de ce canal (3 cas de Chemin, cas de Bernays, de Morton, etc.). Le plus ordinairement, elle siège dans la portion sus-hyoïdienne, donnant naissance au canal lingual, c'est-à-dire à ce conduit dé-

couvert par Morgagni en 1842, mais plus connu sous le nom de canal de Bochdalek, du nom de l'auteur qui l'étudia plus particulièrement.

PORTION SUS-HYOÏDIENNE. —

RAPPORTS. — Cette portion intra-linguale du conduit thyro-glosse terminé en cul-de-sac dans le voisinage de l'os hyoïde a été tout récemment étudiée par le Dr Chemin, de Bordeaux, qui en a fixé soigneusement les rapports :

« Du foramen cœcum, le
« canal descend dans le septum médian de la langue en
« décrivant une légère courbe
« à concavité postérieure, et

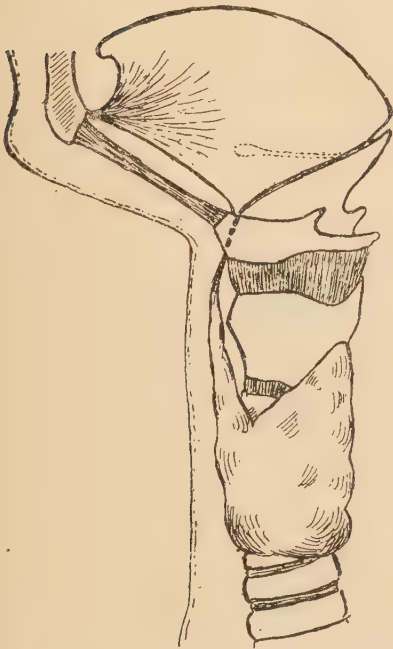


SCHÉMA DU CANAL THYRO-LINGUAL

Étendu de la pyramide de Lalouette au foramen cœcum (d'après Chemin).

« atteint la membrane hyoglossienne dans l'épaisseur
« de laquelle il paraît compris. Il s'arrête le plus
« souvent au bord supérieur de l'os hyoïde. Quand il
« se continue par un tractus avec la pyramide de La-
« louette, ce tractus passe derrière l'os hyoïde, étroite-
« ment appliqué contre la face postérieure de l'os. »

PORTION SOUS-HYOÏDIENNE. — Tous ceux qui se sont occupés de cette question ont également constaté que le canal thyro-lingual peut rester perméable dans sa portion sous-hyoïdienne et constituer ainsi un petit conduit analogue par son calibre, sa forme et sa structure, à celui que nous venons de décrire, et allant de l'isthme thyroïdien à l'os hyoïde.

His a montré que tantôt ce canal se terminait au bord inférieur de l'os hyoïde, auquel il adhéraît fortement, tantôt se continuait par un tractus fibreux qui s'appliquait contre la concavité de l'os et y contractait de solides adhérences.

DIVERTICULES. — THYROÏDES ACCESSOIRES. — Enfin il est facile de concevoir que sous certaines influences obscures, au cours de son développement, ce canal thyro-lingual puisse former en divers points de son trajet de petits diverticules qui se brancheront sur le conduit principal, diverticules analogues à des acini glandulaires, mais pourvus d'un épithélium cilié. Ainsi se trouve expliquée l'existence de petits amas de tissu thyroïdien, de ces glandes thyroïdes accessoires développées dans le voisinage de l'os hyoïde, et jusque dans la base de la langue. Cette question des thyroïdes accessoires a fait l'objet d'études spéciales de la part de Streckeisen, Zu-

kerkandl, Kadyi, Verneuil, Chemin, et d'une thèse de Lyon (Armeilla, 1901), intitulée *le Goitre Lingual*, inspirée par M. le professeur Vallas.

Il résulte de ces travaux que les glandes thyroïdes accessoires peuvent être rencontrées dans toute l'étendue de la région parcourue par le canal thyro-lingual.

STRUCTURE. — Dans tous les cas, que ce canal de Bochdalek persiste dans sa totalité ou dans une partie seulement de son étendue, sa surface intérieure est toujours tapissée d'un *épithélium cylindrique à cils vibratiles*. C'est là un caractère constant et de première importance dont la constatation remonte aux travaux de Bochdalek, en 1866. « Ce conduit est richement pourvu
« de glandes muqueuses; il possède un épithélium
« cylindrique à cils vibratiles et envoie en avant un ou
« plusieurs diverticules tapissés par le même épithé-
« lium... Dans mon travail, j'ai attaché une grande im-
« portance à ce fait qu'un épithélium cilié très diffé-
« rencié tapissait ces formations, de même que les
« canaux accessoires qui les unissent au ductus excre-
« torius linguae. »

En effet, l'existence d'un épithélium cylindrique cilié est le principal argument qui intervient dans la discussion pathogénique des kystes congénitaux du cou médians ou mucoïdes.

DISCUSSION PATHOGÉNIQUE. — Quelle est donc l'origine des kystes médians congénitaux du cou? Elle ressort clairement de l'étude ambryologique et anatomo-pathologique que nous venons de faire.

A la lecture de nos observations nous remarquons tout

de suite que presque tous les kystes ont la même nature et la même structure, contenu séreux, paroi intérieure tapissée d'un épithélium cylindrique cilié.

De pareilles tumeurs ne peuvent provenir que d'un enclavement épithélial survenu dans l'évolution des fentes branchiales, ou d'un organe creux existant déjà dans la région. (Martin).

La théorie de l'enclavement, admise jusqu'à nos jours, ne peut plus être acceptée pour les kystes médians du cou, depuis les travaux de His. Comment pourrait-elle s'expliquer dans une région où n'existent pas de sillons branchiaux, ou les trois feuillets du blastoderme persistent avec leur épaisseur normale pour constituer le champ méso-branchial.

Quant aux organes creux de la région, ils sont constitués par des glandes sébacées, sudoripares, des bourses séreuses, et les restes du canal thyro-lingual.

La structure histologique des glandes sébacées et sudoripares, si différente de celle des kystes séreux, nous permet de les écarter tout de suite.

Reste la question des bourses séreuses de Fleischmann, de Verneuil, de Boyer.

La première, si bien décrite par Tillaux, a été mise en doute par les travaux de Bertherand, Malgaigne, Virchow, Sappey, Michel de Nancy, Richet, Suzanne, qui n'ont trouvé à la place occupée par cette bourse que des espaces lacunaires sans paroi propre et sans revêtement épithélial.

La deuxième, située au-dessus de l'os hyoïde, a été décrite par Verneuil, comme très inconstante.

La troisième seule est à peu près constante et située au-devant de l'espace thyro-hyoïdien.

Quoiqu'il en soit de ces questions d'anatomie, si l'on considère que la face interne de ces diverses bourses est revêtue d'un épithélium pavimenteux, on comprendra qu'elles ne puissent donner naissance à des kystes tapissés intérieurement de cellules cylindriques ciliées. Un épithélium cilié peut bien se transformer en épithélium pavimenteux, mais l'inverse ne se produit jamais.

Faut-il penser à une dépendance des glandes de Nuhn-Blandin, aux ganglions lymphatiques ?

Leur siège seul et leur structure nous permet de les écarter complètement.

Il ne reste donc plus qu'une hypothèse admissible, rattacher la formation des kystes aux restes du canal de Bochdalek et thyroïdes accessoires. Par leur situation sur la ligne médiane, par la présence sur leur paroi interne d'un épithélium cylindrique cilié, par leurs connexions avec l'os hyoïde ou la pyramide de Lalouette, les kystes mucoïdes rappellent de tous points les caractères ordinaires des divers segments du canal thyro-lingual.

Aussi peut-on dire que c'est aux dépens de l'un de ces segments que ces kystes sont développés.

Telle est donc la pathogénie des kystes séreux congénitaux situés sur la ligne médiane du cou depuis la base de la langue jusqu'au niveau du corps thyroïde, théorie soutenue par Bochdalek, Neumann, Bland Sutton, Buscarlet, Broca, etc. et à laquelle nous nous rattachons entièrement.

Cette théorie pathogénique, généralement admise au-

jourd'hui, a été cependant discutée, surtout par l'école anglaise, par Kantack en particulier, qui nie l'existence du canal thyro-lingual ainsi que toute relation entre le développement de la langue et celui du corps thyroïde, arguments réfutés dans la thèse du docteur Chemin de Bordeaux.

Enfin à l'objection qui consiste à dire que sur la ligne médiane il n'est point rare de rencontrer des kystes dermoïdes ayant, on le sait, une toute autre origine parfaitement démontrée, on peut répondre que puisque jusqu'à nouvel ordre nous faisons une différence bien tranchée entre les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes, la même origine ne s'applique pas aux deux, et de ce que les kystes dermoïdes ne sont pas d'origine thyroïdienne, il ne s'en suit pas que les kystes mucoïdes n'aient pas cette origine, la similitude clinique n'entraînant nullement la similitude anatomique et pathogénique.

Il n'y a du reste pas beaucoup d'observations de kystes médians à paroi incontestablement dermoïdes. Ce que l'on a constaté, le plus souvent, c'est un épithélium pavimenteux et point cilié.

Cet argument qui garde évidemment toute sa valeur quand la constatation est faite dans une poche non enflammée, tombe au contraire quand la suppuration a envahi la cavité et surtout lorsque la poche fistulée au dehors a subi une irritation chronique.

Quant aux soi-disant fistules branchiales médianes, elles ne peuvent avoir d'autre origine que celle des kystes muqueux.

Nous croyons donc que depuis la base de la langue jusqu'au niveau du corps thyroïde, kystes et fistules

situés sur la ligne médiane ont une origine et une structure identiques, contenu mucoïde, épithélium cylindrique cilié, structure constante du canal de Bochkaleck dont ces kystes dérivent.

Mais il faut se mettre en garde contre les confusions auxquelles prêtent les kystes dermoïdes latéraux et certains kystes dermoïdes médians de la pointe de la langue ou du plancher buccal unis à la symphyse du menton par un prolongement plein ou canaliculé.

•

CHAPITRE V

Symptômes.

Ils varient nécessairement avec le siège des kystes, leur volume et l'âge du sujet qui en est porteur.

KYSTES DE LA BASE DE LA LANGUE.— Chez les très jeunes enfants ils révèlent leur présence par les troubles qu'ils apportent à l'allaitement. Chez les adolescents et les adultes, ils produisent rarement des troubles fonctionnels ; ce n'est qu'exceptionnellement que l'on constate un peu de gêne dans la déglutition. Dans les cas de tumeur volumineuse, la mastication des aliments devient pénible à cause de l'empâtement de la base de la langue dont les déplacements deviennent difficiles. Il existe également une certaine difficulté d'élocution, parole pâteuse, impossibilité de prononcer certains mots. Enfin la langue refoulée en arrière peut venir s'appliquer sur l'épiglotte et gêner ainsi la respiration.

A l'inspection on constate tantôt une petite tumeur au niveau du foramen cœcum, sur le dos de la langue, tantôt un épaississement de toute la base de l'organe.

Dans le cas de tumeur exagérée on peut voir la langue faire issue hors de la bouche comme chez les sujets atteints de macroglossie.

La muqueuse ne subit aucune modification, conservant son aspect rosé normal. Elle est toujours lisse et mobile sur les plans sous-jacents ce qui indique qu'elle n'a pas contracté d'adhérences avec la paroi du kyste.

A la palpation, il est généralement difficile de limiter la tumeur. On ne peut guère constater qu'une tuméfaction plus ou moins étendue, de consistance molle et pâteuse, donnant rarement la sensation franche de la fluctuation.

KYSTES SUS-HYOÏDIENS. — Ils ont pour caractère de ne donner lieu à aucun trouble fonctionnel. Aussi passent-ils longtemps inaperçus. Si les sujets qui en sont porteurs demandent à en être débarrassés, c'est qu'ils cèdent généralement à un sentiment de coquetterie ou à la crainte de voir cette petite grosseur se développer ou suppurer.

Leur volume ne dépasse guère celui d'une noisette ou d'une noix.

Ils occupent toujours la ligne médiane, dans l'espace compris entre la mâchoire inférieure et l'os hyoïde,

Ils semblent faire saillie sous la peau qui a conservé tous ses caractères normaux (sauf dans le cas de suppuration) et glisse parfaitement à sa surface,

Saisis entre les doigts, on peut facilement leur imprimer des mouvements de latéralité, mais il est impossible de les élever ou de les abaisser.

La palpation permet de reconnaître que cette tumeur est molle et généralement fluctuante, mais ne rend compte que difficilement si elle est accompagnée d'un pédicule.

KYSTES SOUS-HYOÏDIENS. — Ils peuvent occuper un des

points quelconques de l'espace compris entre l'os hyoïde et l'isthme du corps thyroïde. Le plus souvent ils siègent au niveau de la région thyro-hyoïdienne, appliqués directement sur la membrane de même nom. Situés sur la ligne médiane, ils sont exceptionnellement déviés à droite ou à gauche.

Leur volume est presque toujours celui d'une noisette ou d'une noix, quoique pouvant être beaucoup plus considérable (cas de M. Bérard).

La peau qui les recouvre n'est nullement altérée tant qu'aucune complication ne s'est produite, et glisse librement au-dessus d'eux.

Ils sont d'une consistance molle ou pâteuse, leur surface est arrondie et lisse.

On peut leur imprimer des mouvements de latéralité, mais jamais d'élévation ni d'abaissement.

Quand un pédicule peut être perçu, s'il est supérieur il semble s'enfoncer derrière l'os hyoïde, se perdre dans la masse thyroïdienne s'il est inférieur.

Les kystes thyro-hyoïdiens étant le plus souvent rattachés à la partie antérieure du larynx suivent les mouvements d'ascension et de descente de ce dernier dans la déglutition.

Ces tumeurs sont indolentes et ne déterminent généralement aucun trouble fonctionnel. Mais on comprend très bien que leur développement excessif puisse produire une certaine gêne respiratoire avec dyspnée et altération de la voix.

Le seul inconvénient réside donc dans la légère difformité causée par leur présence au-devant d'une région accessible au regard.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Facile dans la plupart des cas, il peut présenter dans certaines circonstances les plus sérieuses difficultés.

Les kystes congénitaux du cou peuvent être confondus avec un certain nombre d'affections, variables évidemment avec le siège qu'occupera la tumeur à examiner.

KYSTE LINGUAL.— Lorsque le kyste siège dans l'épaisseur de la langue on peut avoir affaire à une grenouillette, un lipome, un angiome, un kyste dermoïde, à la macroglossie.

La *grenouillette* peut occuper une situation médiane, peut faire saillie sur le dos de la langue donnant l'impression d'une tumeur superficielle et fluctuante, symptômes identiques comme on le voit à ceux des kystes mucoïdes. Le diagnostic différentiel est donc des plus ardu, surtout si l'on pense avec M. Jaboulay, et M. le Professeur Antonin Poncet qu'un certain nombre de tumeurs liquides

que l'on désigne sous le nom de grenouillettes ne sont autre chose que des kystes congénitaux (thèse de Faure, Lyon 1893, article de MM. Imbert et Jeanbrau, revue de Chirurgie du 10 août 1901).

Le *lipome* est des plus rares dans cette région.

L'*angiome* est reconnaissable à sa teinte foncée, sa réductibilité, à la dilatation vasculaire qui l'accompagne.

Le *Kyste dermoïde* ne peut être reconnu qu'à l'aide d'une ponction exploratrice. Mais cette dernière ne sera plus d'aucun secours quand le kyste enflammé présentera les caractères communs à toute collection purulente.

Seuls les commémoratifs de tumeur congénitale ayant apparu dans l'épaisseur de la langue et augmenté progressivement de volume avec indolence parfaite, permettront de faire songer à un kyste thyro-lingual. L'examen histologique des pièces viendra apporter une preuve définitive.

KYSTE SUS-HYOÏDIEN. — On ne peut guère le confondre avec une *grenouillette* si on se rappelle que cette tumeur fait d'abord saillie sous le plancher buccal et n'est sus-hyoïdienne que secondairement.

KYSTE SOUS-HYOÏDIEN. — En l'absence de pédicule et de fluctuation nette ce kyste, comme les précédents, peut être confondu avec un *lipome*, dont il a quelques caractères : indolence, fausse fluctuation, évolution lente. Mais l'aspect lobulé si caractéristique que présentent les lipomes lorsqu'on les presse entre les doigts comme pour les énucléer suffit pour les faire distinguer.

Les *kystes sébacés*, rares dans cette région, se distingueront à leur siège plus superficiel, leur adhérence à

la peau, leur indépendance du larynx, leur consistance plus pâteuse.

Au sujet d'un *kyste hydatique*, la ponction exploratrice et l'examen du liquide lèveront les doutes.

L'adhérence d'un pédicule à l'os hyoïde pourrait faire songer à une lésion de cet os ayant déterminé un *abcès ossifluent* ; mais l'absence de douleur, de gonflement, de troubles fonctionnels en rapport avec l'existence d'une laryngite scrofuleuse ou syphilitique lèveront encore les doutes. D'ailleurs, le liquide aurait ici les caractères du pus.

Il faut également songer aux *chondrites* et *périchondrites suppurées*, typhiques ou tuberculeuses.

Dans tous les cas, en l'absence d'éléments caractéristiques, le diagnostic resterait en suspens jusqu'à l'extirpation de la tumeur et son examen histologique.

Mais, de tous les points à signaler dans le diagnostic de ces kystes sus et sous-hyoïdiens, le plus important peut-être est leur confusion possible avec une *adénopathie tuberculeuse*.

Le siège de la tumeur a, ici, une importance capitale. Si elle est située sur la ligne médiane, reliée à l'os hyoïde et entraînée avec lui dans les mouvements de déglutition, s'il n'y a pas d'autre ganglion, l'erreur n'est guère possible. L'absence d'adénopathie est toujours un symptôme de grande valeur, car l'inflammation isolée d'un ganglion avec fistule consécutive sans qu'aucun autre ganglion ne soit pris dans le voisinage est un fait des plus rares.

Enfin, les caractères tirés du trajet même de la fistule et du pus viennent encore éclairer le diagnostic. Le trajet fistuleux est beaucoup moins long dans le cas d'adénite et le liquide séro-purulent qui s'en écoule est bien différent du liquide filant visqueux, comparable à du mucus, qui s'écoule des trajets kystiques.

Quant à savoir si l'on a affaire à un kyste dermoïde proprement dit ou à un kyste mucoïde, en dépit d'une fluctuation évidente, seul le microscope permet d'être affirmatif : un kyste du canal de Rochdalek se distingue toujours par son contenu, et par les cellules cylindriques ciliées qui revêtent sa paroi.

CHAPITRE VII

Evolution. — Pronostic

L'évolution de ces kystes est ordinairement très lente, mais elle est progressivement croissante : ils peuvent demeurer fort longtemps stationnaires, mais ils ne rétro-cèdent jamais.

C'est ordinairement vers l'âge de la puberté qu'ils se mettent à grossir rapidement, et peuvent atteindre, en quelques mois, le volume d'une noix ou d'un œuf de poule.

Leur développement est sujet à de grandes variations. Après avoir progressé rapidement, ils peuvent s'arrêter un certain temps dans leur évolution, pour prendre ensuite un nouvel accroissement.

En dehors de cette augmentation progressive de volume, la complication la plus fréquente de ces kystes est leur inflammation possible avec ouverture spontanée et fistule intarissable.

La raison en est dans la présence d'un revêtement épithélial qui, continuant à sécréter, s'oppose à la réunion définitive.

Cette inflammation est provoquée par les froissements continuels auxquels sont exposés ces kystes (mastication, déglutition, mouvements d'ascension du larynx, frottements répétés des vêtements). Elle peut être également le résultat d'une intervention intempestive (badigeonnage avec un liquide irritant, ponction exploratrice).

Si l'on ajoute à cette menace de suppuration et de fistulisation, la difficulté quelquefois considérable d'extirpation de ces kystes, et la fréquence des récidives en cas d'opération, on aura à peu près le tableau des ennuis réservés à ceux qui en sont porteurs.

Leur pronostic ne présente pas de gravité.

CHAPITRE VIII

Traitement

INDICATIONS. — Le caractère distinctif des kystes et fistules du canal thyro-lingual étant de récidiver d'une façon désespérante, on peut en tirer l'indication du traitement : extirpation radicale de la poche ou du trajet fistuleux.

La médication iodique, à l'intérieur comme à l'extérieur, n'a jamais rien donné, si ce n'est quelquefois des accidents d'iodisme.

Les onctions dites résolutives, les badigeonnages avec des substances irritantes, les cautérisations, n'ont pas donné non plus d'amélioration notable.

L'incision, la ponction, suivie ou non d'injection de caustiques (nitrate d'argent, chlorure de zinc) sont des manœuvres intempestives et qui ne sont pas dépourvues de dangers. Elles ont le plus souvent pour résultat immédiat de transformer un kyste fermé en une fistule et l'exposent à une inflammation d'autant plus regrettable que l'augmentation brusque de volume de la tumeur peut être une complication dangereuse.

Par conséquent, toutes les fois que l'on se décide à intervenir au sujet d'un kyste congénital du cou, il faut intervenir d'une façon radicale ; l'extirpation complète est donc la méthode de choix.

Cette extirpation, bien que difficile, n'est pas cependant impossible comme le déclarait Boyer dans son *Traité des Maladies chirurgicales*.

Dupuytren, Nélaton, ont démontré non seulement qu'elle était praticable, mais encore radicale en opérant plusieurs de ces kystes avec un plein succès.

Pratiquée aussi prématurément que possible, avant toute inflammation, et avec toutes les précautions dont s'entourent les chirurgiens modernes, l'intervention est insignifiante, et ne laisse après elle qu'une cicatrice à peine visible.

OPÉRATION. — Elle varie selon le siège du kyste.

1^o KYSTE LINGUAL. — On peut l'aborder par deux voies :

La voie buccale,

et la voie sus-hyoïdienne.

La voie buccale a été la seule employée pendant longtemps ; elle a encore ses partisans (Verneuil, Ozenne).

Avantages. — On n'a qu'une faible épaisseur de tissu à traverser ; on évite une cicatrice qui est toujours disgracieuse.

Inconvénients. — On est souvent gêné par les lèvres, les arcades dentaires et la langue elle-même.

Il est vrai que la curette peut rendre dans ce cas de grands services.

Aujourd'hui la voie buccale doit être réservée aux tumeurs petites, superficielles, faisant une saillie marquée dans la cavité de la bouche.

Le manuel opératoire ne comporte aucune manœuvre particulière : Incision longitudinale sur le milieu de la tumeur et énucléation du kyste. Si la chose est impossible, incision de la poche et curetage. Réunion des deux lèvres de la plaie au catgut, lavage, pansement antiseptique.

La *voie sus-hyoïdienne* tend de plus en plus à être adoptée à l'exclusion de la première. Ainsi que le dit M. Reclus (Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.), cette voie permet d'aborder facilement le kyste, d'opérer à l'aise et à découvert sans être gêné par les arcades dentaires ou la langue.

On peut facilement et sans danger anesthésier le malade.

Grâce à la déclivité de l'incision, le sang et les liquides sécrétés par la plaie s'écoulent facilement au dehors,

On ne crée pas de cul-de-sac profond et anfractueux, comme dans l'extirpation par la voie buccale, où peuvent s'accumuler le pus, la salive et toutes les substances septiques.

Quant à la cicatrice, elle est peu visible, dissimulée qu'elle est par la saillie du menton et seulement visible quand le sujet lève la tête.

Reclus donne les règles opératoires suivantes :

Incision sur la ligne médiane, du bord inférieur du maxillaire à l'os hyoïde.

Les muscles génio-hyoïdiens et mylo-hyoïdiens sont séparés par la sonde annelée et retenus à droite et à gauche par des écarteurs.

Ponction de la portion du kyste mise à nu, puis obli-

tération de l'orifice avec une pince à forcipressure quand une certaine quantité de liquide s'est écoulée.

Tirer alors sur la tumeur en la libérant peu à peu de ses adhérences et tâcher ainsi de l'énucléer complètement.

L'énucléation complète est bien rarement possible du premier coup, un des caractères de ces kystes étant d'être toujours beaucoup plus profondément situés qu'ils ne paraissent et d'envoyer des prolongements au loin, du côté des vaisseaux du cou et du pharynx.

Une extirpation complète peut dans certains cas, pour cette raison, devenir dangereuse.

Aussi, après exploration de la cavité avec le doigt ou le stylet, si l'on acquiert cette conviction que l'extirpation totale ne doit pas être tentée on aura recours au procédé suivant employé plusieurs fois par M. le Professeur Poncet : Tamponnement méthodique et successif de la poche dans tous ses coins et recoins avec de la gaze iodoformée. Ce capitonnage, irrite, modifie la paroi interne du kyste et peut dans certains cas heureux permettre l'accolement de ses parois.

Une bonne manœuvre avant ce tamponnement est le curetage de la paroi du kyste avec attouchement au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent. Mais ce n'est jamais là qu'un pis aller, l'extirpation totale mettant seule à l'abri d'une récidue.

L'incision donnée par M. Reclus et menée du bord inférieur du maxillaire à l'os hyoïde, ne donne pas toujours assez de jour surtout quand la tumeur est volumineuse. On utilise alors la *voie trans-hyoïdienne*, indiquée par M. Vallas.

1^{er} temps. — Incision verticale et médiane du bord

postérieur de la symphyse du menton à l'angle supérieur du cartilage thyroïde.

2^e temps. — Dénudation du corps hyoïdien ; on sectionne l'aponévrose cervicale superficielle et on sépare le muscle mylo-hyoïdien en deux parties latérales de façon à dégager le bord supérieur de l'os hyoïde.

3^e temps. — Section de l'os hyoïde, à la cisaille de Liston, dont les deux moitiés s'écartent entraînant avec elles les fibres du mylo-hyoïdien.

On arrive ainsi directement sur la tumeur que l'on peut énucléer facilement.

L'opération terminée sans qu'il soit nécessaire de faire une suture osseuse, on ferme la plaie en plaçant un drain à la partie la plus déclive. La cicatrisation est très rapide, et les deux moitiés de l'os hyoïde se réunissent par un cal très résistant.

Cette opération qui paraît dangereuse au premier abord est très simple et ne présente aucun inconvénient immédiat ou éloigné.

2^o KYSTES SUS-HYOÏDIENS. — Les quelques règles opératoires que nous venons de donner s'appliquent également à l'extirpation des kystes développés dans cette région avec cette remarque toutefois, que l'opération est beaucoup plus facile puisque ces kystes sont plus superficiels.

KYSTES SOUS-HYOÏDIENS. — L'intervention ici est également simple, ces kystes étant situés en avant de la membrane thyro-hyoïdienne et par conséquent facilement accessibles ; mais comme ils siègent dans une région découverte, la forme à donner à l'incision a ici son importance car la cicatrice située assez bas ne pourra plus se cacher derrière le menton.

Monsieur Nové-Josserand insiste tout particulièrement sur cette forme de l'incision cutanée à cause des inconvénients présentés justement par la cicatrice de l'incision verticale. Pour lui la meilleure incision est l'incision en T, dont la branche verticale descend aussi bas que nécessaire pour comprendre la fistule, quand elle existe, et dont la branche horizontale se trouve au niveau ou un peu au-dessus de l'os hyoïde. Cette incision donne un bon jour pour se rendre compte de tout ce qui existe au voisinage de l'os hyoïde, et elle a de plus l'avantage d'être beaucoup moins visible et beaucoup plus facile à dissimuler qu'une incision verticale qui pour donner le même jour devrait remonter assez loin dans la région sus-hyoïdienne.

L'énucléation du kyste après dissection de la paroi est le temps le plus délicat de l'intervention à cause de la minceur de cette paroi, et souvent cette énucléation est impossible. Dans ce cas il faut exciser largement les tissus environnants de façon à ne laisser aucun diverticule, cause fatale de récurrence, pousser aussi loin que possible la dissection du pédicule qui accompagne presque toujours ces kystes et détruire toutes ses adhérences, soit à la membrane thyro-hyoïdienne, soit plus fréquemment encore à l'os hyoïde. La rugination est généralement suffisante pour cela. Mais, dans quelques cas, on est allé jusqu'à réséquer la portion médiane de cet os sans qu'il en soit résulté du reste le moindre inconvénient.

Pour pratiquer l'excision du trajet et pour en faciliter la dissection, le procédé de choix semble être l'introduction d'emblée d'un stylet fin qui vous sert de conducteur. Grâce à cette manœuvre, on peut ne pas ouvrir

le trajet fistuleux dans le cours de la dissection et on est sûr ainsi de ne pas s'égarer dans les tissus voisins, ce qui arrive facilement lorsque l'on veut fendre d'abord le trajet et le suivre de dedans en dehors. Enfin, on est assuré de ne pas laisser de portion de muqueuses, point de départ de récurrence.. Cette conduite *a toujours* été recommandée par M. le professeur Pollosson qui, grâce à elle, n'a jamais eu de récurrence.

Hémostase, suture, pansement antiseptique. La réunion par première intention est la règle quand toutes ces conditions sont bien remplies.

Dans le cas de fistule consécutive, il ne faut pas craindre de recourir à une deuxième intervention dont le but doit toujours être l'extirpation radicale de la poche. La dissection est rendue dans ce cas facile par l'introduction d'une sonde cannelée dans le trajet.

Tableau Chronologique des Observations publiées

PUBLICATIONS

1. BOCHDALEK (*In Arch. für Klin. chir.*, t. XLVIII, p. 614).

2. ROUGET (*In Arch. Gen. de Médecine*, 1853, p. 189).

3. LARREY (*Bull. Soc. Chir. de Paris*, 1853, p. 489).

4. JOURON, (*Journal de la Soc. de Médecine de la Soc. Académique de la Loire Inférieure*, t. XV, 211^e livr., p. 23, Nantes 1864).

5. ANGER (*In Thèse Dumoulin*, Paris 1866).

6. HOUEL (*Bull. Soc. Chirurgie*, 22 avril 1874).

7. FAUCON (*Bull. Soc. Chirurgie*, 22 avril 1874).

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Kyste situé à la partie postérieure du muscle génio-glose, revêtu d'un épithélium cylindrique cilié.

Kyste thyro-hyôïdien médian, chez un adulte. Adhérent à l'os hyoïde. Ablation. Guérison. Examen : épithélium cilié.

Garde de Paris. Tumeur au niveau de l'angle du cartilage thyroïdè avec fistule se continuant jusqu'à la base de la langue (le malade reconnaît au goût la nature du liquide injecté). Traitement par injection iodée, sans résultat.

Homme, 25 ans. Tumeur, volume d'une noix, médiane, immédiatement au-dessous du larynx. Extirpation. Epithélium cilié.

Enfant 12 ans. Tumeur médiane thyro-hyôïdienne avec fistule. Excision par Nélaton. Guérison. Epithélium cilié.

Garçon de 12 ans 1/2. Fistule de l'espace thyro-hyôïdien. Deux interventions suivies de récidives. Epithélium cilié.

Femme de 28 ans. Fistule médiane, laryngée. Pas d'intervention.

Fillette, 5 ans 1/2. Tumeur thyro-hyoïdienne du volume d'une noisette, avec fistule. Excision. Guérison. Epithélium cilié.

Homme, 52 ans. Tumeur de la base de la langue faisant saillie dans la bouche. Excision. Epithélium cilié.

Garçon de 1 an. Tumeur de la face inférieure de la langue. Excision. Guérison. Epithélium cilié.

Jeune fille de 22 ans. Trajet fistuleux au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Première intervention, récidive. A la deuxième, guérison. Epithélium cilié.

Fillette, 9 ans. Tumeur sous-hyoïdienne, volume d'une noisette. Ponction avec injection de chlorure de zinc ; récidive. Excision ; récidive. Troisième intervention ; guérison. Epithélium cilié, cylindrique.

Garçon, 5 ans. Tumeur face inférieure de la langue. Guérison après la troisième intervention. Epithélium cylindrique.

Fillette, 5 ans. Tumeur fistuleuse au niveau de l'os hyoïde. Extirpation après dissection jusqu'à l'os hyoïde. Guérison.

Kyste au niveau de l'os hyoïde, avec prolongement jusque sous le génio-glosse, indépendamment du corps thyroïde. Contenu séreux.

8. TAPRET (*In Thèse Aff're*, Paris, 1875).

9. NEUMANN (*Arch. für. Klin. Chir.*, 1877).

10. LANNELONGUE (*In Thèse Gêné*, Paris, 1882).

11. TILLAUX (*Progrès Médical*, 9 février 1885).

12. DUBAR (*Communication Soc. de Chir.*, 22 juillet 1885).

13. VERCHÈRE ET DÉNUCÉ (*Bull. Soc. Anat. Paris*, novembre 1885).

14. DEMONS (*Soc. de Chir. et de Médéc. de Bordeaux*, 3 juillet 1885).

15. MAUBRAC (*Soc. Anatom. de Paris*, juillet 1885).

PUBLICATIONS

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

16. CHAVLIN (*Soc. Anatom. de Paris*, 29 janvier 1885).

Kyste, base de la langue, trouvé à une autopsie par Cornil, volume d'un pois. Epithélium polymorphe.

17. BERNAYS (*St-Louis, Médical Journal*, octobre 1888).

Kyste sus-hyoïdien, avec diverticule s'enfonçant dans la base de la langue. Epithélium cilié.

18. CHAVASSE (*Soc. Chirurg.*, 20 février 1889).

Jeune homme, 28 ans. Tumeur sous-hyoïdienne, reliée à l'os hyoïde par un tractus large et solide. Excision sans récidive. Epithélium cylindrique.

19. JOHNSON (*Transact. of the path. Soc. of London*, 6 mai 1890).

Jeune fille, 15 ans. Fistule sus-sternale avec pédicule allant jusqu'à l'os hyoïde. Trois interventions, trois récidives.

20. JOHNSON (*Transact. of the path. Soc. of London*, 6 mai 1890).

Fillette, 6 ans. Fistule thyroïdienne, se continuant jusqu'à l'os hyoïde. Excision. Guérison.

21. MARSHALL (*In Journal of Anatomy*, octobre 1891).

Garçon, 5 ans. Fistule sus-sternale avec pédicule adhérent à l'os hyoïde et se continuant jusqu'au foramen cœcum.

22. HØEKKEL (*Arch. für Clin. Chir.*, t. 88, 1892).

Jeune fille, 18 ans. Tumeur au niveau de l'os hyoïde. Deux interventions avec récidive ; à la troisième, guérison. Epithélium cilié.

23. DÉNUCÉ (*Communication à la Soc. de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1893).

Garçon de 6 ans 1/2. Kyste de la base de la langue. Ponction et injection d'éther iodoformé. Cellules cylindriques ciliées dans le liquide évacué.

24. REVERDIN ET BUSCARLET (*Revue médicale de la Suisse romande*, décembre 1893).

Jeune homme de 21 ans. Kyste à la région cervicale antérieure. Excision. Récidive.

Fillette, 11 ans. Fistule à 1 centimètre au-dessus de l'os hyoïde. Trois excisions suivies de récédive. A la quatrième, guérison. Épithélium cilié.

Jeune homme, 16 ans. Fistule sous-hyoïdienne. Première intervention, récédive ; à la deuxième, guérison. Épithélium cilié.

Trajet fistuleux remontant jusqu'à l'os hyoïde. Extirpation avec résection de la portion moyenne de l'os hyoïde. Épithélium cilié.

Homme, 50 ans. Tumeur thyro-hyoïdienne volumineuse, trouvée à l'amphithéâtre. Elle adhère à la membrane thyro-hyoïdienne et à l'os hyoïde. L'examen histologique n'a rien donné.

Fillette, 5 ans $\frac{1}{2}$, Fistule thyro-hyoïdienne. Première intervention, récédive ; deuxième, guérison. Examen histologique par Achard : épithélium cilié.

Garçon, 13 ans $\frac{1}{2}$. Fistule médiane sous-hyoïdienne, reliée à l'os hyoïde par pédicule. Ablation. Guérison. Épithélium cilié.

Garçon, 10 ans. Tumeur au niveau de l'os hyoïde. Première intervention, récédive ; deuxième, guérison. Épithélium cilié.

25. REVERDIN (*In Thèse Bascariet*, Genève 1893).

26. id. id.

27. SCLANGE, de Berlin. (*Centralblatt für chir.*, 1893, n° 30).

28. FAURE (*Soc. Anatom. de Paris*, juin 1893).

29. BROCA (*In Thèse Sulicka*, Paris 1894).

30. id. id.

31. id. id.

PUBLICATIONS

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

32. BROCA (*In Thèse Sulicka*, Paris, 1894).

Garçon, 2 ans. Fistule médiane allant du cartilage thyroïde jusqu'à 2 centimètres au-dessus du sternum. Dissection. Suture.

33. id. id. id.

Jeune fille, 14 ans 1/2. Tumeur existant depuis la naissance, étendue depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum ; volume d'un œuf de dinde. Trois interventions suivies de récidives ; à la quatrième, guérison. Epithélium cylindrique.

34. id. id. id.

Garçon de 7 ans. Tumeur à 3 centimètres au-dessus du sternum, reliée à l'os hyoïde par cordon fibreux. Excision de la poche et du pédicule.

35. id. id. id.

Enfant de 7 ans. Tumeur sous-hyoïdienne fistuleuse. Extirpation. Guérison.

36. id. id. id.

Garçon, 17 ans. Fistule thyro-hyoïdienne médiane en communication avec petite tumeur sus-hyoïdienne. Dissection de la tumeur qui se continue en bas avec la pyramide de La-louette et qui a été enlevée en totalité. Revêtement épithélial analogue à un lymphangiome sympathique.

37. HARDIE (*The Lancet*, 28 avril 1894).

Garçon, 13 ans. Tumeur fistuleuse médiane au-dessus du cartilage cricoïde, reliée par un pédicule à l'os hyoïde. Excision. Epithélium cilié.

38. DURHAM (*Communication à la Soc. de Méd. et*

Jeune homme, 19 ans. Tumeur fistuleuse sus-hyoïdienne.

39. DURHAM (*Communication à la Soc. de Méd. et de Chir. de Londres*, 10 avril 1894).
40. DURHAM (*Communication à la Soc. de Méd. et de Chir. de Londres*, 19 avril 1894).
41. MORTON (*British Medical Journal*, 1894).
42. LIARRAS (*Soc. de Médec. et de Chirur. de Bordeaux*, 25 janvier 1895).
43. TÊDENAT (*In Thèse Martin*, Paris 1896).
44. id. id. id.
45. id. id. id.
- 46-47-48. CHEMIN (*Thèse Bordeaux*, 1896).
- Garçon de 6 ans. Tumeur de la région médiane du cou. Excision. Épithélium cilié.
- Jeune fille, 18 ans. Tumeur médiane thyroïdienne reliée à l'os hyoïde. Excision. Épithélium cilié.
- Jeune homme, 19 ans. Tumeur fistuleuse médiane, thyroïdienne. Exirpation ; récidive due à la persistance d'une portion de canal remontant jusque dans l'intérieur de la base de la langue.
- Homme, 40 ans. Kyste de la pomme d'Adam, volume d'une mandarine. Excision. Examen histologique incomplet.
- Jeune fille, 23 ans. Kyste du volume d'une cerise, situé sous le foramen cœcum. Excision totale. Guérison. Épithélium cylindrique.
- Jeune homme, 21 ans. Tumeur thyro-hyôidienne. Excision. Guérison. Examen histologique par Kiener : épithélium cilié.
- Jeune fille, 18 ans. Tumeur du volume d'une noix, adhérente à l'os hyoïde et se prolongeant jusqu'à la base de la langue. Excision. Guérison. Examen de Kiener : épithélium cylindrique.
- Trois cas de persistance du canal de Bochdalek trouvés par la dissection de 40 cadavres.

PUBLICATIONS

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

49. SICARD (*In Thèse Martin, Paris 1896*).
 50. PRINCETEAU (*In Thèse Martin, Paris 1896*).
 51. LIARRAS (*In Thèse Martin, Paris 1896*).
 52. L. O'ZOUX (*In Thèse Martin*).
 53. OTTO-GSELL (*Correspond. Blatt f. Schweizer Aertz, 1896*).
 54. LICHTWITZ (*Gaz. Hebd. Soc. Méd. Bordeaux, 26 novembre 1896*).
 55. MAUNAY (*Revue de Chirurgie, 1897, p. 1012*).
 56. CLAISSE ET HERESCO (*Bull. Soc. Anatom. de Paris, 8 janvier 1897*).
- Fillette, 7 ans. Tumeur du foramen cœcum. Ponction. Le liquide évacué contenait des cellules épithéliales cylindriques.
- Jeune fille, 17 ans. Tumeur sous-hyoïdienne. Deux opérations avec récidive. Troisième, guérison.
- Jeune fille, 19 ans. Tumeur thyro-hyoïdienne, volume d'une noix, reliée à l'os hyoïde et à la pyramide de Lalouette. Epithélium cylindrique cilié.
- Garçon de 6 ans. Tumeur crico-thyroïdienne avec pédicule remontant au-devant du cartilage thyroïde. Intervention : dissection de la corde fibreuse se continuant directement en bas avec la pyramide de Lalouette, Ligature. Section. Extirpation du cordon fibreux. Guérison. Paroi épithéliale cylindrique ciliée.
- Enfant de 1 an 1/2. Kyste thyro-hyoïdien. Opération. Epithélium à cils vibratiles.
- Kyste séro-muqueux du cou et de la base de la langue. Guérison par l'injection iodo-iodurée de Lugol.
- Kyste séreux congénital chez un enfant de 22 mois, siégeant au dessus du cartilage thyroïde. Ablation totale. Guérison.
- Jeune homme, 21 ans. Tumeur crico-thyroïdienne, volume d'une mandarine. Extirpation. Guérison. Epithélium cylindrique.

57. LAUNAY (*Soc. Anatom. de Paris*, juillet 1897).

Femme, 33 ans. Kyste sous-hyoïdien trouvé à l'amphithéâtre, relié à l'os hyoïde et à la pyramide de Lalouette.

58. WYATT-WINGRAVE (*Soc. laryngologique de Londres*, novembre 1897).

Fillette de 5 ans. Kyste thyro-hyoïdien avec fistule adhérent à l'os hyoïde.

59. FORGUE (*In Thèse Roques*, Montpellier 1898).

Jeune fille de 22 ans. Tumeur thyro-hyoïdienne. Intervention. Guérison. Épithélium cilié.

60. CHIARI (*In Wiener Klin. Woch*, 8 octobre 1898).

Homme, 37 ans. Tumeur région laryngienne, reliée à l'os hyoïde. Ablation totale. Examen négatif. On pense à un hyroma sous-hyoïdien.

61. VALLAS (*Revue de Chirurgie*, 10 mai 1900).

Jeune fille, 20 ans. Tumeur à la base de la langue, faisant saillie en arrière du V lingual et à la région sous-hyoïdienne. Première intervention, récidive ; deuxième, guérison. Tumeur de nature thyroïdienne.

62. PETIT (*In Thèse*, Paris, 1901).

Jeune fille, 17 ans. Tumeur thyro-hyoïdienne avec fistule. Deux interventions sont suivies de récidive. A la troisième, guérison. Épithélium cylindrique cilié.

63 à 70. STRECKEISEN (*Arch. für path. an. u. phys.*, c. III, Heft. 1, p. 131).

Huit cas de kystes mucoïdes à paroi épithéliale ciliée trouvés par la dissection de cent trente cadavres. Kystes situés sur la ligne médiane du cou, le plus souvent au voisinage de l'os hyoïde.

CONCLUSIONS

I. — A la région cervicale et sur la ligne médiane, depuis la base de la langue jusqu'au niveau de l'isthme du corps thyroïde, on rencontre des kystes d'origine congénitale, à contenu séro-muqueux et à paroi épithéliale cylindrique ciliée.

II. — Leur fréquence est assez considérable, puisqu'aux 70 cas publiés que nous avons trouvés, nous avons pu ajouter 14 observations inédites.

III. — Ces kystes séreux sont des restes de l'ébauche thyroïdienne ou reliquats partiels du canal de Bochdalek.

IV. — Ils ne guérissent jamais spontanément et persistent, soit à l'état de kyste fermé, soit à l'état de fistule avec sécrétion séro-muqueuse intermittente.

V. — Leur pronostic n'a aucune gravité. Ils sont seulement gênants et disgracieux.

VI. — Le seul traitement qui leur soit applicable est l'extirpation radicale, tous les autres moyens n'ayant jamais donné que des récidives.

Le Président de la Thèse,

SOULIER.

Vu :

Pour le Doyen,

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 7 janvier 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Affre.* — Des kystes thyro-hyoïdiens. Thèse de Paris, 1873, n° 372.
- Armeilla.* — Le Gottre lingual. Thèse de Lyon, 1900.
- Armstrong.* — Persistance du conduit thyro-glosse. *Am. of. surg.*, 1899, p. 719.
- Bard.* — Lyon Médical, 1888.
- Bernays.* — Saint-Louis Medical and surg. Journal, oct. 1888.
- Bland-Sutton.* — The Lancet, 1888, t. I, p. 308.
- Bochdalek.* — Ueber das foramen cæcum der zunge. *Österreichische Zeitschrift für Heilkunde*, 1866, XII, n°s 36, 37, 42 à 45.
- Boyer.* — Traité des maladies chirurgicales, t. VIII, p. 51.
- Broca (P.).* — Traité des tumeurs, t. II, p. 78, 1869.
- Broca (A.).* — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. V, 1891.
- Buscarlet.* — Contribution à l'étude des fistules branchiales, fistules du canal de Bochdalek, thèse Genève 1893.
- Chaslin.* — Société Anat. 1886.
- Chemin.* — Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane, thèse Bordeaux 1896.
- Claisse et Heresco.* — Bull. Soc. Anat. Paris, 8 janv. 1897.
- Cusset.* — Thèse Paris 1877.
- Defaucamberge.* — Etude du corps thyroïde, thèse de Paris 1889.
- Demons.* — Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux 1885.
- Dénucé.* — Kyste du canal de Bochdalek. Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux, avril 1894.

- Dubar.* — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 22 juillet 1885.
- Dumoulin.* — Thèse de Paris 1866, n° 256.
- Dupuytren.* — Gaz. des Hôpitaux, t. IV, 26 juillet 1885.
- Duval et Hervé.* — Compte rendu de la Soc. de Biologie, décembre 1883.
- Faucon.* — Bull. de la Soc. de Chir. 1874, t. III, p. 245.
- Faure.* — Des kystes congénitaux et du plancher buccal, thèse de Lyon 1893.
- Fauvel.* — Des kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoïdien, thèse de Paris 1887.
- His.* — Anat. Menschl. Embryonen, 1885.
- Hermann et Tourneux.* — Article thyroïde du Dictionnaire encyclopédique des Sc. médicales.
- Heurteaux.* — Art. kystes du Nouveau Dict. de Méd. et de Chir. pratiques, 1871.
- Imbert et Jeanbrau.* — Pathogénie des grenouillettes, Revue de Chirurgie, 10 août 1901.
- Johnson.* — Path. Society. Lancet, mai 1890.
- Kadyi.* — Ueber accessorische Schilddrüsen leppchen in der Zungenbein gegend. In Arch ür anat. und physiologie, 1871.
- Kanthack.* — The thyreo-glossal duct. Journal of anat. and. physiol, janv. 1891.
- Kölliker.* — Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Wirbelthiere. Leipzig, 1801.
- Lalouette.* — Recherches Anat. sur la glande thyroïde. In mémoires de l'Académie royale des sciences, 1750.
- Lannelongue et Achard.* — Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886.
- Lannelongue et Ménard.* — Affec. congénitales. Paris, 1891.
- Laugier.* — Tumeurs du cou. In dict. en 30 vol., t. IX, 1836.
- Lebert.* — Soc. Biologie, 1852, p. 303.
- Marshall.* — The thyro-glossal duct. or canal of His, Journal of anat. and phys. 1892, vol. 26.
- Martin.* — Des kystes du canal thyro-lingual, thèse Paris 1895-96, n° 84.

- Masse, de Bordeaux.*— Mémoire lu au Congrès de Chir., 9 août 1885.
- Morgagni.* — *Adversaria anatomica omnia*, I, p. 4 et 5 et VI, p. 122.
- Morton.* — Persistence of the thyro-glossal duct. *British medical Journal*, 12 mai 1894.
- Nelaton.*— *Eléments de path. chir.*, 1854, t. III, p. 384.
- Neumann.*— *Arch. für Klin. chir.* 1877, p. 825.
- Petit.*— Contrib. à l'étude des kystes thyro-hyoïdiens médians, th. de Paris, 1901.
- Piqué.* — Volumineux kyste thyro-hyoïdien. *Soc. Chir.*, 14 juin 1899, p. 33.
- Rivière.*— Contrib. à l'étude anat. du corps thyroïde et des goîtres, th. Lyon 1893.
- Poirier.*— Communication à la Soc. d'Anat. 1887.
- Quénu.* — Des arcs branchiaux chez l'homme, th. Paris, agrégation 1886.
- Roques.* — Contribution à l'étude des kystes cong. médians de l'espace thyro-hyoïdien, th. Montpellier 1898.
- Sebileau.* — Démonstration d'Anatomie, 1892.
- Scudder.* — Kyste de la b. thyro-hyoïdienne. *Méd. Progres.*, 1898, sept. *Med. chr.*, 1875.
- Streckeisen.* — *Arch. für Path. An. and Phys. c.* III, Hef. I, page 131, 1888.
- Tillaux.* — *Anat. Topog.* Paris, 1897.
- Vedova.* — De la présence constante de parcelles de glandes thyroïdes dans les fistules congénitales médianes du cou. XIX^e Congr. Soc. ital. chir. Rome, 1899.
- Verchère et Dénucé.*— *Bull. Soc. Anat.* 1888, p. 467.
- Verneuil.*— *Arch. gén. de Méd.* 1885.
- Verneuil et Clado.*— De la présence des microbes dans les kystes dermoïdes. *France Méd.* 1888.
- Zuikerhandl.* — Ueber eine bisher noch nicht beschreibene Drüse in der Regio supra-hyoïdea. *Stuttgart*, 1879.
-

ALBERT PERRELLON, IMPRIMEUR, LYON.

